Omaggio dell'A.

ESTRATTO

DA

"La Pediatria del Medico Pratico,,

Rivista mensile diretta dal

Prof. G. B. ALLARIA

Ordinario di Clinica Pediatrica della R. Università

di TORINO

Estratto da **"La Pediatria del Medico Pratico,,.**
Volume V (N. 3, Marzo 1930) - Anno VIII E. F.

165.

La prognosi dell'ospedalizzazione dei bambini senza madre.

Dott. ALFREDO LUCCA, *Assistente.*
Istituto di Clinica Pediatrica della Regia Università di Torino
(diretta dal Prof. G. B. ALLARIA).

Il problema dell'assistenza ospitaliera del bambino malato si presenta, tenendo conto delle particolari caratteristiche e necessità dell'età infantile, di soluzione quanto mai delicata e difficile.

Per l'adulto la possibilità di un larghissimo ricovero ospitaliero costituisce l'obiettivo cui tendono medici e igienisti, come quello che permette anche nelle categorie meno favorite della popolazione con una più completa e razionale assistenza, un più rapido e stabile ritorno allo stato di salute e quindi alla società. Per contro il bambino, per essere individuo in via di rapidissimo sviluppo e conseguentemente di equilibrio funzionale molto instabile, è sensibilissimo ad ogni variazione di ambiente, di governo e di alimentazione. Specialmente il lattante ha non solo nell'allattamento ma anche nella assistenza materna, com'è da lungo tempo noto (e non è qui il caso di confortare tale affermazione di superflue dimostrazioni e citazioni) l'appoggio più sicuro e il fattore essenziale per una valida difesa contro la malattia: *il separarlo dalla madre, anche per il ricovero in ospedale, può aggravare le sue condizioni sanitarie.*

Ispirandosi a queste considerazioni la Regia Clinica Pediatrica Universitaria di Torino, ha avuto sempre per obiettivo di intensificare e ampliare le cure ambulatorie, limitando invece

per quanto è possibile il ricovero ospitaliero ai casi in cui l'assistenza medica continua e la possibilità di particolari provvedimenti di diagnosi e di terapia si impongono quale imprescindibile necessità.

In tali casi per i lattanti al seno il ricovero del bambino è accompagnato per quanto è possibile da quello della madre o della nutrice, per cercare di ovviare al peggior pericolo che sovrasta al piccolo infermo: l'interruzione dell'allattamento al seno.

Di questa precisa norma generale fanno fede i dati che qui riporto: dal 1° marzo 1926 (data in cui la Regia Clinica Universitaria Pediatrica di Torino fu sistemata nell'Ospedale Infantile Regina Margherita) al 31 dicembre 1929 furono visitati e curati ambulatoriamente 7234 bambini dei primi 12 anni di età, ricoverati soltanto 1167, con una percentuale del 16 %.

Per una sola categoria d'infermi si derogò dal principio restrittivo suddetto: *per quei bambini dei primi tre anni di vita, i quali, per cause varie, erano già privi dell'assistenza e del governo materno*; in tali casi i limiti di accettazione furono di molto allargati includendovi anche quegli ammalati in cui il ricovero ospitaliero non sarebbe stato strettamente indispensabile per la malattia in sè, ma rappresentava la sola possibile soluzione di una situazione sempre difficile, talora tragica. Restringendo le mie osservazioni ai bambini minori di tre anni di vita (perchè è al disotto di questa età che l'importanza del governo materno è massima) rilevo che nel periodo di tempo suddetto furono ricoverati nella nostra Clinica 112 bambini, in varia guisa privi di assistenza della madre.

Non è chi non veda quale grave significato abbia questa cifra così elevata in confronto al numero totale dei ricoverati, che si riferisce ai bambini fino ai 12 anni di età e come essa ci permetta di esaminare un lato del problema così angoscioso *dell'assistenza ospitaliera del piccolo bambino malato che vive lontano dalla madre.*

Recentemente giornali politici si sono interessati dell'argomento lamentando la scarsità di provvidenze e la difficoltà di soluzione pur nel caso di piccoli bambini sani. Poichè la madre costituisce per il bambino l'appoggio più sicuro, il giorno in cui il figlio rimane privo di essa o per malattia o per altri motivi, il figlio si trova quasi costantemente in balìa di parenti o

di estranei, ignari o insufficienti. In tali casi appena il bambino si ammala, ed è, come si capisce, facilissima eventualità, l'assistenza già scarsa diventa tutt'affatto insufficiente, e l'urgenza di provvedere, sotto pena della perdita di una vita umana, è assoluta. In questi tempi in cui il problema demografico messo in valore dal R. Governo, ha ritrovato così numerosi e profondi cultori ed è agitato come appassionante ed essenziale questione di fronte alla Nazione, non è fuori luogo ogni contributo che permetta di considerare un qualche particolare aspetto del vasto argomento.

***

Come ho detto, i bambini minori di tre anni, ricoverati nella nostra Clinica negli anni 1926-1929, e che mancavano di assistenza materna, furono 112.

Ho diviso questo numero totale in quattro categorie (vedi Tavole), considerando che molto diverse erano le conseguenze sulle condizioni generali, sulla natura e gravità della malattia, sulla durata della permanenza in Clinica e sull'esito, a seconda delle cause che avevano determinato tale mancato governo e del modo con cui il bambino era stato fino allora assistito:

Prima categoria: bambini dei quali la madre è malata a domicilio o ricoverata in qualche luogo di cura.

Seconda categoria: orfani o bambini abbandonati dai genitori.

Terza categoria: bambini provenienti da Istituti e ivi ricoverati per cause varie.

Quarta categoria: illegittimi. Molti di essi erano assistiti dalla madre, ma, come ben si comprende, in modo insufficiente.

Di ogni bambino ho tenuto calcolo:

delle *condizioni sanitarie e sociali* dei genitori (quando potevano avere qualche interesse per il figlio);

della *anamnesi* remota di ciascuno, specialmente riguardo

al tipo ed alla durata dell'allattamento ed alle malattie della nutrizione pregresse;

della *diagnosi*;

dell'*esame obbiettivo* (riportando molte volte il peso del bambino al momento del ricovero, come quello che, particolarmente nei lattanti, può essere indice dello stato generale di nutrizione e di sviluppo) e

dell'*esito delle malattie* che determinarono il ricovero in Clinica.

Ho aggiunto per ciascuno la durata della degenza e per qualche categoria e caso qualche osservazione sulla provenienza.

Prima categoria (madre ammalata).

È la più numerosa, ed è anche la più interessante per noi, perchè è in questi casi che l'assistenza ospedaliera dei bambini, ammalati o no, privati d'un tratto del governo materno (malattie acute della madre) o fruenti di esso in modo insufficiente (malattie croniche della madre in casa) o infine già da tempo privi di esso (malattie croniche della madre ricoverata in ospedale), costituisce un problema non ancora risolto.

Età. — Questa categoria comprende 38 bambini fino ai tre anni d'età; 23 di essi (60 %) appartengono al primo anno di vita quando cioè l'allattamento rende quasi indispensabili le cure materne.

Prescindendo per ora dal considerare la natura della malattia materna che ha causato l'interruzione dell'assistenza rileviamo che tutti i nostri ricoverati *erano sottoposti, a domicilio, per opera di parenti all'allattamento artificiale* da tempo più o meno lungo.

Se si pone mente alle difficoltà e alle cure che tale tipo di allattamento trae con sè e che lo rende già di esito incerto e pieno di insidie anche quando esso sia condotto con tutti gli scrupoli che l'amore ed il disinteresse di una madre permettono, non stupirà il fatto della *enorme preponderanza di malattie dell'apparato digerente*, che colpirono questi bambini e che necessitarono il loro ricovero.

Sui nostri 23 casi, 14 (60 %) erano affetti appunto da malattie gastro-intestinali: molti erano ipotrepsici, alcuni in condizioni

assai scadenti, e anche quelli ricoverati per malattie di altri apparati denunciavano dall'anamnesi o dall'esame obbiettivo una serie di turbe nutritizie che li rendevano infinitamente più soggetti ad essere preda in modo grave delle varie affezioni intercorrenti. In questi casi abitualmente purtroppo il ricovero ospitaliero può essere di ben scarso vantaggio: la mortalità è perciò altissima (56 %).

L'esame delle *condizioni dei genitori* ci illumina sulle cause che obbligarono l'abbandono del bambino.

Nei *riguardi del padre* hanno importanza oltre che lo stato sanitario di esso, anche le sue condizioni sociali ed economiche. Ho, a tal fine, accennato nella Tavola, alla malattia del padre, quando esisteva, e, quando fu possibile, al suo stato economico al momento del ricovero del figlio. È evidente infatti da un lato come una *malattia del padre* e particolarmente la tubercolosi e la sifilide, così frequenti nei nostri casi, possa avere influito sia direttamente (trattandosi quasi sempre di bambini che, in mancanza della madre, erano tenuti in casa dal padre), sia indirettamente, per il preventivo contagio materno, sullo stato generale, sulla natura e gravità della malattia del bambino. Troviamo così nel nostro elenco parecchi figli di luetici che, atrepsici, non sopportarono la malattia che li aveva condotti all'ospedale; in qualche altro caso la tubercolosi paterna, non sempre segnalata, poteva essere l'origine della tubercolosi della madre e costituire in ogni modo un gravissimo focolaio di contagio familiare.

Le *condizioni economiche della famiglia* (1) hanno pure la loro non piccola importanza; è evidente, infatti, che se alla mancanza della madre si aggiunge, ad esempio, la disoccupazione paterna, non potrà il figlio non risentire gravemente della mancanza di mezzi, dell'assenza di ogni cura, e spesso addirittura dell'indigenza che tale condizione porta con sè.

Tuttavia è particolarmente *lo stato della madre* che a noi interessa considerare, perchè ad esso è dovuto direttamente l'abbandono del figlio. Mi pare opportuno dividere in tre diverse categorie le malattie che causarono la privazione del go-

---

(1) Vedi prof. G. B. ALLARIA, *Il problema demografico del Regno osservato da un Pediatra*, Torino, 1929.

verno materno al figlio, per le diverse ripercussioni che esse hanno avuto sul bambino. Consideriamo così:

1) madri ammalate di *tubercolosi*, siano esse in casa o siano ricoverate in luoghi di cura;

2) madri affette da *altre malattie croniche* non tubercolari;

3) madri ammalate di *affezioni acute*.

Al primo gruppo appartengono il 35 % dei nostri casi (12 su 37, trattandosi in uno di due fratelli figli della stessa madre), nella maggior parte non essendo la madre ricoverata in luogo apposito ma convivendo col figlio. In questa categoria *ai danni derivanti al bambino dalla scarsità o mancanza di governo materno, si aggiungono i pericoli gravissimi del contagio tubercolare*: sono i bambini che hanno legata la loro vita, si può dire, alla possibilità di essere sottratti al più presto dalla madre ammalata e in cui l'assistenza materna lungi dal costituire un vantaggio è la causa prima dello stato miserevole della loro salute.

Non voglio qui esaminare particolarmente l'influenza e l'importanza che la tubercolosi materna ha sulle condizioni generali, sulle probabilità di contagio, sulla qualità delle malattie che possono più facilmente colpire i figli, tanto più che era per me difficile, a distanza di tempo, sapere con esattezza la durata, la gravità e la forma dell'infezione materna in rapporto specialmente all'età del bambino, nè da quanto durasse il ricovero di esse in Sanatorio.

Mi limito a rilevare come in 2 su 12 dei nostri casi, l'allattamento del figlio fu esclusivamente artificiale e mercenario dalla nascita; due casi che ebbero allattamento materno, anche temporaneo (n. 3 e n. 16, Tav. I) furono portati a noi e morirono in Clinica per affezioni tubercolari diffuse (tubercolosi miliare nell'uno, meningite tubercolare nell'altro) e rapidamente mortali. Nel terzo caso (n. 20) il bambino allattato per tre mesi dalla madre tubercolotica era affetto da bronco-polmonite acuta, rapidamente mortale.

La mortalità del resto, fu in questi 12 ammalati molto elevata (5 su 12) trattandosi di bambini che evidentemente anche se non presentavano all'atto del ricovero segni clinici di affezioni tubercolari erano profondamente diminuiti nella loro resistenza.

Al secondo gruppo (madri affette da malattie croniche non tubercolari) appartengono 8 bambini di età variabile da pochi giorni a oltre due anni. Le malattie materne erano — come si vede dalle Tavole — molto diverse, ma l'esito per il bambino fu purtroppo sempre gravissimo: 4 su 8 morirono (e fra di essi 3 appartenenti al primo anno di vita) in parte per malattie gastrointestinali o conseguenze di esse, in parte per la malattia stessa della madre (lue!).

Anche qui dunque morbilità per malattie gastrointestinali e mortalità elevata nel primo anno di vita: la prognosi è un po' meno severa nei fanciulli oltre l'anno di età.

Il terzo gruppo (madri affette da malattie acute) comprende 18 bambini, in 6 dei quali la madre pur non essendo malata, era ricoverata per parto o puerperio e, in ogni modo, non poteva assistere il figlio. L'importanza maggiore in questi casi è per i bambini minori di un anno, lattanti, che, a differenza delle altre categorie in cui il cambiamento di allattamento o lo svezzamento poterono avvenire gradualmente, si trovarono ad essere qui *improvvisamente privati delle cure materne* e quindi enormemente più soggetti a risentirne le conseguenze. Di essi ho già parlato: è piuttosto da insistere sulla gravità della prognosi in tali casi in cui la malattia materna ponendo in secondo piano l'allevamento del figlio, espone questo rapidamente alle affezioni gastrointestinali acute e croniche e alla morte. Nei bambini più grandicelli la privazione anche improvvisa del governo materno ha conseguenze meno deleterie (il che spiega pure il minor numero a noi presentatisi) e la prognosi è migliore.

Malattie prevalenti nei bambini ricoverati. — In questa prima categoria di bambini da noi osservati prevalgono di gran lunga le malattie acute dell'apparato respiratorio (14 casi) e le malattie dell'apparato digerente (13 casi): queste sono in forte maggioranza nei bambini del primo anno di vita (15 su 23).

Le condizioni generali di questi infermi erano in gran parte scadenti anche prescindendo dalla maggiore o minore gravità della malattia che li condusse alla nostra osservazione.

La mortalità totale del 42 % (16 su 38) è molto alta, specialmente se si pensa che in questi casi l'accettazione non venne limitata, per considerazioni umanitarie, ai soli ammalati gravi.

Da questa prima serie di casi possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1° Il bambino della prima infanzia privato del governo materno per malattia materna, risente in modo grave della mancanza di quelle cure che solo la madre può dargli.

2° Le malattie materne acute che privano il bambino del governo materno sono specialmente dannose ai lattanti (sia al seno che al poppatoio) per la facilità delle insorgenze in essi di malattie gastrointestinali acute e croniche.

3° In caso di malattie materne gravi l'assistenza e le cure da prestarsi al figlio abbandonato, anche se sano, non debbono essere lasciate all'empirismo dei familiari e degli estranei, ma debbono costituire un problema da risolversi completamente da persona o da enti adatti con mezzi sufficienti.

Seconda categoria.

Appartengono a questa categoria 21 bambini, comprendendovi insieme *quelli abbandonati dai genitori* (specialmente dalla madre e non ricoverati in Istituti appositi) e quelli *orfani di madre.*

A) Nei primi, il bilancio è addirittura tragico: tali fanciulli abbandonati in mani di estranei o di parenti ignoranti, e privi di ogni cura e di ogni razionale allevamento, sono fatalmente destinati alla morte in pochi giorni o mesi ove l'abbandono avvenga nei primi tempi di vita. Se invece questo avviene in un'età un po' più inoltrata la prognosi è alquanto migliore.

In complesso furono portati a noi 6 di questi infelici: uno (n. 16, Tav. II) di pochi giorni, luetico, ad allattamento artificiale in casa dei parenti della madre; morì dopo qualche ora dall'ingresso in Clinica. Altri due (nn. 1 e 12, Tav. II) erano bambini di qualche mese di vita affidati ad allevatrici estranee alla famiglia e ad allattamento artificiale sregolatissimo: ambedue in condizioni di deperimento molto gravi, di fronte a cui le cure ospitaliere non poterono che prolungare di qualche giorno la vita senza per altro poterli salvare.

I più grandicelli, parecchi dei quali furono accolti per carità, per dare a questi infelici un ricovero anche temporaneo, poterono dopo qualche tempo essere affidati ad Istituti appositi.

Tali casi scarsi sono però sufficienti per denunziare un altro lato del problema demografico infantile, essendo mia convinzione che il tristissimo bilancio non migliorerebbe certo coll'aumentare della casistica.

Si tratta di infanti abbandonati a parenti o ad allevatrici per cause sociali od economiche, in cui l'assoluta mancanza di un ambiente adatto, di un'alimentazione sufficiente e regolata, di un governo razionale e affettuoso, la riluttanza e la indifferenza a portare il bambino ai primi disturbi ai Consultorî ed Ambulatorî appositi, fanno sì che molto raramente tali bambini riescono a superare il primo e più pericoloso anno di vita.

B) Alquanto migliore è il bilancio dell'altro gruppo di bambini qui esaminati e cioè di quelli *orfani di madre*; tuttavia parecchie considerazioni sopradette possono agevolmente applicarsi anche in questi casi. L'importanza della morte della madre sulla salute e sulla vita del bambino sono palesi: tra le cause che sostengono l'eccessiva mortalità infantile il prof. Allaria (1) ricorda la morte precoce dei genitori « che priva i figli della loro guida, della loro difesa, del loro amorevole sostegno », aggiungendo che « quanto più in tenera età i figli rimangono orfani, tanto peggiori saranno le condizioni economiche e morali in cui avverrà il loro sviluppo fisico e la loro educazione ».

Limitandoci a considerare gli orfani di madre, notiamo che i fanciulli minori dei tre anni e in queste condizioni accettati nella nostra Clinica furono 15 (consideriamo come tale anche il caso n. 20, in cui la madre dopo aver allevato per qualche tempo il bambino l'aveva poi lasciato al marito: esso veniva assistito da parenti) e offrono dei dati molto interessanti all'esame. Appartengono al primo anno di vita 11 di essi con una proporzione del 73 % circa; tale numero così elevato è in rapporto alla loro altissima morbilità durante l'allattamento mal condotto e anche alla mortalità molto forte che ne decima rapidamente le file, prima della fine del primo anno.

La condizione del padre ha anche qui molta importanza: specialmente per lo stato di pauperismo.

In due nostri casi (nn. 13 e 15, Tav. II) il ricovero fu nell'uno determinato e nell'altro prolungato per la disoccupazione pa-

(1) G. B. Allaria, loco citato.

terna che toglieva al figlio, già orfano di madre, la possibilità di assistenza casalinga.

Le circostanze che accompagnarono la morte della madre sono poi estremamente importanti, sia per l'epoca in cui la morte avvenne, sia per la causa di essa (tubercolosi). Quando la morte avviene durante il parto o nei primissimi tempi di vita le condizioni del bambino sono da questo solo fatto aggravate e in parte confrontabili con quelle dei bambini abbandonati; di cinque bambini venuti a noi in tali condizioni, quattro soccombettero. Meno severa è la prognosi quando la morte della madre è avvenuta ad allattamento già avanzato o addirittura quando il figlio era svezzato; tali bambini hanno potuto godere del governo materno per un tempo più o meno lungo e, salvo dei casi di madre tubercolotica, sono in condizioni migliori e offrono perciò una maggiore resistenza alle malattie intercorrenti.

Nei tre casi in cui la madre soccombette per tubercolosi (numeri 4, 6 e 7) si trattava di bambini intorno o sopra all'anno di vita e in cui il contatto con la madre malata aveva fatalmente contagiato i figli che morirono in Ospedale essi pure per tubercolosi o con focolai tubercolari evidenti.

Le considerazioni ora fatte sulla importanza delle circostanze accompagnanti la morte della madre mi dispensano dall'esaminare i varii tipi di allattamento dei bambini di questa categoria, essendo questo, in gran parte, in funzione dell'epoca e delle cause della morte materna.

Le malattie prevalenti che causarono il ricovero di questi bambini sono del gruppo dei disturbi cronici alimentari e delle loro conseguenze nei minori di un anno allattati sregolatamente, o sono malattie congenite o acquisite nell'ambiente familiare dopo la nascita.

La mortalità complessiva fu molto elevata (12 : 21 casi = 57 %).

La durata della permanenza in Clinica fu molto varia, da poche ore, nei numerosi casi in cui è portato all'Ospedale un moribondo, a qualche mese, in quelli in cui la famiglia, in mancanza della madre, cede volontieri la responsabilità, la spesa e i crucci dell'allevamento; su questo punto ritornerò parlando in generale della durata del ricovero dei bambini privi delle cure materne.

Dall'esame di questa seconda categoria possiamo concludere:

1° All'attuale stato di cose, i *bambini abbandonati* sono

quasi fatalmente destinati alla morte nei primi mesi di vita causa l'insufficienza o l'insipienza di chi (allevatrici!) dovrebbe averne cura.

2° Gli *orfani di madre* sono in condizioni alquanto meno severe: se la morte della madre è avvenuta nei primi giorni o settimane di vita del figlio, l'allevamento di questo in casa del padre o dei parenti è per altro molto pericoloso e la morbilità e mortalità di questi lattanti sono grandissime.

Nei casi in cui i bambini hanno potuto godere per un certo tempo del governo materno (salvo, ben inteso, in casi di tubercolosi materna) la prognosi è ancora discreta e la necessità dell'intervento medico è più rara e meno urgente.

Terza categoria.

Appartengono a questa categoria 21 bambini minori dei 3 anni, ricoverati in Clinica per cause varie, e in cui la causa dell'abbandono era diversa da caso a caso (orfani, con madre ammalata, illegittimi, ecc.), e radunati in un unico gruppo perchè *provenienti da Istituti appositi.*

Ci mancano purtroppo notizie anamnestiche precise sulla data del ricovero e sulle condizioni del bambino al momento e durante la permanenza in tali Istituti, come pure mancano, in parecchi casi, notizie sulle cause determinanti l'abbandono del figlio e sull'anamnesi familiare e remota di essi. Pur tuttavia è da rilevare che almeno in 11 casi su 25 era presente in famiglia la tubercolosi (in 9 casi nella madre); a questi debbono aggiungersi altri tre bambini provenienti da Istituti profilattici e nei quali quindi presumibilmente esisteva un focolaio familiare di tubercolosi. Nonostante questa altissima proporzione, nessuno di questi 14 bambini era affetto e morì per malattie tubercolari, il che ci permette di riaffermare ancora una volta l'importanza della separazione o per lo meno delle cautele con cui debbono essere permessi i rapporti fra madre tubercolotica e figlio nella profilassi antitubercolare. A tal riguardo è da notare che nella maggioranza dei nostri casi l'allattamento fu artificiale in casa o già alla Colonia. Tra le altre cause determinanti il ricovero del figlio, stanno in due casi: l'illegittimità o l'abbandono per mancanza di parenti o altre ignote.

Nonostante queste profonde differenze nelle cause determinanti l'abbandono del figlio all'assistenza pubblica, crediamo di poter raggruppare in un'unica categoria questi casi, come quelli che hanno avuto per il fatto stesso del loro ricovero in Istituti, delle condizioni di allevamento comuni che li pongono allo stesso piano di fronte alla morbilità e alla mortalità.

A questo proposito importa anzitutto rilevare come sia profondamente diverso il loro stato di nutrizione, il genere di malattia, la prognosi e l'esito se si tratta di lattanti o di bambini della seconda infanzia.

Età del ricovero. — I lattanti sono, in confronto a quelli esaminati nelle categorie precedenti, in numero piuttosto scarso. Essi sono qui 10 su 25, cifra elevata in linea assoluta (40 %), ma notevolmente minore che nelle categorie precedenti, in cui raggiungevano il 60 e il 73 %.

Malattie prevalenti: le malattie acute dell'apparato respiratorio e le malattie gastrointestinali sono ugualmente frequenti (11 : 25), prevalendo le prime nei bambini maggiori di un anno ed essendo queste ultime invece appannaggio dell'età dei lattanti. Su dieci lattanti infatti da noi ricoverati, nove lo furono per malattia dell'apparato digerente; fa eccezione un solo caso (n. 14, Tav. III) in cui si trattava di un infermo di otto giorni di vita: in esso la broncopolmonite non fu che l'episodio terminale innestatosi in un atrepsico.

Anche la *mortalità*, che è in complesso in percentuale minore in questa categoria (8 su 25 = 32 %) colpisce esclusivamente i minori di un anno (8 su 8 casi di morte) e in alta proporzione i neonati o giovanissimi lattanti (4 su 8).

Le *malattie gastrointestinali sono qui in primo piano* e la mortalità per esse è grandissima (7 casi su 8).

Il miglioramento dunque che a primo aspetto appare molto forte nelle condizioni dei bambini di questa categoria è invece purtroppo in gran parte fittizio e dovuto essenzialmente al minore numero di ricoverati del primo anno di età. In questi la morbilità e la mortalità per malattie gastrointestinali sono altissime, costituendo essi la totalità dei morti. Tali dati concordano con quelli comunemente conosciuti sulla altissima morbilità e mortalità nei lattanti ricoverati in Istituti.

Mi limito a questi pochi rilievi perchè il problema cui accenno fu ed è tuttora oggetto, in Italia ed all'estero, di amplis-

simi studii e considerazioni e non è mio assunto il trattarlo qui *ex professo*.

Nessuno dei nostri bambini era affetto e morì per malattie tubercolari, il che è anche più notevole in quanto si tratta in maggioranza dei fanciulli maggiori di un anno di età e, come ho già rilevato, con la possibilità molto frequente di contagio tubercolare.

Conclusioni.

1° Lo stato generale di sviluppo e di nutrizione, la morbilità e la mortalità dei bambini senza governo materno, ma affidati ad Istituti, è migliore nei bambini oltre l'anno di vita.

2° Nei lattanti invece le malattie gastrointestinali sono anche in questi casi frequentissime e di estrema gravità.

3° Mentre dunque nei bambini più grandicelli il ricovero in Istituto è utilissimo come rimedio profilattico o come luogo di allevamento, nei casi privi dell'assistenza materna, nel primo anno di vita, il problema non si esaurisce qui e si innesta in quello maggiore dell'allattamento nei Brefotrofi o Istituti di ricovero o assistenza per lattanti, e da un miglioramento nelle condizioni di questi ultimi, attende la migliore soluzione.

Quarta categoria.

Si tratta qui di *bambini illegittimi*, ma riconosciuti dalla madre e conviventi con essa o in casa di allevatrici. Benchè parte di tali bambini non siano del tutto privi del governo materno come nelle precedenti categorie, tuttavia ho ritenuto di poterli avvicinare e confrontare con quelli perchè è chiaro come in essi l'assistenza materna sia precaria ed insufficiente. Il problema rientra in quello generale dell'assistenza degli illegittimi; è però da notare che anche quando questi fanciulli siano tenuti dalla madre, il che avviene sovente in quelli riconosciuti, lo stato di illegittimità con le sue conseguenze (pauperismo, lavoro materno, assenza di parenti, ecc.) porta con sè una grande difficoltà di cure al figlio: mi pare giustificato quindi riunire tali infermi a quelli precedenti pur facendone una categoria a parte. Sono in tutto 28 bambini minori di tre anni di vita; di essi 25 (e cioè l'89 %) appartengono al primo anno e 10 (circa la terza parte del numero totale) ai primi due mesi.

La grande prevalenza dei lattanti dipende dal fatto che in tali individui, allevati nelle suddette misere condizioni ambientali, è grandissima la morbilità con la conseguente facile presentazione agli ambulatori per il ricovero e molto forte pure la mortalità.

Questi bambini erano tenuti in 17 casi dalla madre, che era quasi sempre un'operaia o impiegata, in alcuni casi anche malata, e in 11 da una allevatrice, sia che fossero stati affidati a quest'ultima fin dai primi giorni della nascita, sia che le fossero stati consegnati dopo un certo periodo di allevamento materno. Anche l'allattamento non fu in genere proseguito sempre con lo stesso metodo nei nostri osservati: in soli cinque casi infatti fu materno puro; nella maggioranza si iniziò l'allattamento materno che fu poi interrotto per supposta ipogalattia o per la consegna del lattante all'allevatrice, con le immaginabili tristissime conseguenze. È da ricordare inoltre — come rileva anche recentemente Costantino (1) — che in questi casi l'allattamento materno esiste sovente solo di nome!

La scarsità dei casi e il fatto che in molti si trattava di bambini nei primi giorni o mesi di vita non ci permette di trarre delle conclusioni da queste differenti condizioni di allattamento e di allevamento, che del resto non potrebbero che confermare quelle già conosciute sulla difficoltà, sui pericoli e sui risultati del trattamento degli illegittimi.

Le malattie prevalenti furono quelle dell'apparato digerente (in 17 casi) e dell'apparato respiratorio (in 8 casi); in un solo caso si trattava di sifilide congenita.

La mortalità totale è forte (50 % = 14 su 28). Essa diventa imponente se noi teniamo conto specialmente dei lattanti nei primi mesi di vita; su 10 di essi 7 morirono, taluno dopo pochissime ore o giorni di degenza!

In molti dei nostri casi appunto *la durata del ricovero* fu purtroppo brevissima: in 13 malati (su 28) essa non superò i cinque giorni; a questi 13 appartengono 10 casi mortali!

Le malattie dell'apparato digerente e respiratorio sono quasi ugualmente responsabili della quantità totale dei morti.

L'esame di questa categoria di infermi mi porta a concludere:

1° Gli illegittimi, anche se riconosciuti, tenuti dalla madre

(1) Costantino, « La Pratica Pediatrica », n. 8-9, 1929.

o presso allevatrici, presentano una morbilità e una mortalità altissima nel primo anno di vita. Tale conclusione non fa che confermare la cognizione comune della maggior mortalità infantile (un terzo circa superiore a quella degli altri bambini (Allaria) (1)) negli illegittimi durante l'allattamento.

2° Sono specialmente pericolosi i primissimi mesi di vita per la insipienza e irregolarità nell'allevamento e allattamento condotto con varii metodi in condizioni di miseria e di trascuratezza.

***

Se confrontiamo ora i dati risultanti dalle quattro categorie di bambini, raccolti ed esaminati qui addietro, riscontriamo tra di esse analogie che ne giustificano la posizione speciale in confronto con quelli che fruiscono dell'assistenza materna, e differenze fra le singole categorie dovute a loro volta alle diversità delle cause dell'abbandono materno.

Il numero maggiore di ricoverati appartiene alla prima categoria (madre ammalata) che comprende 38 bambini su 112 in totale (34 %); le altre categorie sono all'incirca rappresentate da un numero eguale di ricoverati. La leggera prevalenza nel numero di quelli della prima categoria si spiega facilmente osservando con quanta frequenza si presenti l'eventualità di una malattia materna che obbliga la donna ad interrompere l'assistenza al figlio.

Età del ricovero. — Interessante è notare quanti dei nostri piccoli malati appartenessero al primo anno di vita, cioè alla età più suscettibile di risentire danno da uno stato di abbandono completo o parziale e dalle modalità in cui esso avviene. La percentuale massima dei lattanti (89 %) è raggiunta nella quarta categoria (illegittimi); ad essi seguono i lattanti orfani o abbandonati, nella proporzione del 66 % della rispettiva categoria. La prevalenza dei minori di un anno nei ricoverati di queste due categorie, si spiega facilmente, come ho detto più sopra, pensando alle analoghe misere condizioni in cui tali bambini vivono. Ho già pure più sopra cercato di spiegare la causa del numero relativamente scarso dei ricoverati minori di un anno nei bambini provenienti da Istituti (terza categoria).

---

(1) G. B. Allaria, loco citato.

Malattie prevalenti. — In tutti i nostri ricoverati prevalsero di gran lunga le malattie dell'apparato digerente (diarree acute) e quelle dell'apparato respiratorio. Tali malattie rappresentano poi la quasi totalità nei bambini minori di un anno.

La durata del ricovero fu molto varia, passando da qualche ora o qualche giorno nei casi che ci venivano portati in gravissime condizioni e che rappresentano una cifra notevole, specie nei piccoli lattanti delle categorie di abbandonati e di illegittimi, a qualche mese quando, per considerazioni umanitarie, si trattenevano bambini anche senza assoluta necessità, ma solo per la difficoltà del loro ritorno in famiglia o in altri Istituti.

La mortalità totale sui 112 bambini ricoverati fu del 43,7 % (49 su 112). Riservandomi di confrontarla più oltre con la mortalità corrispondente degli altri ricoverati della stessa età ma assistiti dalla madre, rilevo qui che la mortalità, nelle varie categorie, è più o meno elevata parallelamente alla quantità maggiore o minore di ricoverati minori di un anno dei varii gruppi. Mentre infatti il primo e terzo gruppo in cui i lattanti rappresentano rispettivamente il 60 % e il 40 % del totale, cioè cifre non eccessive, hanno pure una mortalità totale moderata (il 42 % e il 32 %) le categorie seconda e quarta in cui i minori di un anno costituiscono la grande maggioranza (73 % e 89 %) sono anche quelle in cui la mortalità complessiva è più alta (57 % e 50 %). È dunque all'età del lattante che particolarmente deve essere rivolta l'opera preventiva e curativa del medico.

Considerando a parte la mortalità nell'età dell'allattamento nelle diverse categorie (su 72 lattanti ricoverati 44 morti = 61 %) si vede come, pur essendo molto cospicua in tutte (superante cioè la metà dei ricoverati), essa è, come abbiamo già detto, massima nella categoria terza (bambini provenienti da Istituti) in cui raggiunge il 75 % dei lattanti ricoverati.

Dall'esame delle diverse categorie di bambini da noi ricoverati si può concludere che:

1° Le malattie prevalenti sono quelle dell'apparato respiratorio e digerente;

2° La percentuale massima dei ricoverati minori di un anno di età si ha negli abbandonati od orfani e negli illegittimi conviventi con la madre o presso un'allevatrice;

3° La mortalità più alta si ha nei lattanti provenienti da Istituti di assistenza.

*
* *

Ci rimane ora da confrontare i dati surriferiti con quelli dei bambini ricoverati in Clinica, ma che in casa fruivano dell'assistenza materna.

Nel periodo dal 1° marzo 1926 al 31 dicembre 1929 furono ricoverati nella R. Clinica Pediatrica Universitaria di Torino *741* bambini minori dei tre anni; di essi *112*, come abbiamo detto, erano per varie cause, già privi di assistenza materna; essi sono quelli da noi esaminati nelle pagine precedenti e rappresentano il *15* % del numero totale.

Questa percentuale assai alta è dovuta specialmente a tre cause:

1) alla più facile morbilità di essi per mancanza di governo materno;

2) al fatto di essere portati più facilmente dalle allevatrici all'ospedale per il ricovero;

3) alla maggior larghezza — da parte nostra — nell'accettazione.

Riguardo all'età del ricovero, nel periodo di tempo suddetto furono accolti in Clinica 629 bambini minori dei 3 anni e che godevano dell'assistenza materna in casa propria; di essi 348, e cioè il *55* %, apparteneva al primo anno di vita.

Tra quelli separati dalla madre erano lattanti *72 su 112* (cioè il *64* %).

Ma è specialmente *sulla gravità delle malattie e sulla mortalità* che lo stato di abbandono del figlio ha importanza, In complesso tutti i bambini da noi ricoverati in queste condizioni si presentavano in uno stato di nutrizione generale molto peggiore, affetti da malattie in forma più grave, spesso atrofici; sicchè non è a stupire come la mortalità sia enorme fra di essi. *Nel triennio 1926-29 morirono nella nostra Clinica 125 bambini sui 629 minori dei tre anni* fra quelli ad allevamento materno; percentuale del *23* %; *tra quelli senza madre* la mortalità complessiva fu di 49 su 112; percentuale del *43,7* %. Tale già altissima cifra diventa addirittura imponente se consideriamo la mortalità limitatamente al primo anno di vita; *tra gli allevati*

dalla madre, di 348 ricoverati nel periodo dell'allattamento morirono *11 bambini*; percentuale del *31 %*; *tra gli abbandonati* o allevati da parenti, ecc., la mortalità fu di 44 su 72 inferiori all'anno; percentuale del *61 %* (vedi Tavola).

Bambini minori dei 3 anni accolti nella Regia Clinica Pediatrica Universitaria di Torino

dal 1° Marzo 1926 al 31 Dicembre 1929

	Numero dei ricoverati	Numero dei morti
Allevati dalla madre	629	125 = 23 %
di cui *lattanti*	348 = 55 %	111 = 31 %
Non allevati dalla madre	112	49 = 43,7 %
di cui *lattanti*	72 = 64 %	44 = 61 %

È infine da notare che i morti del primo anno costituiscono tra gli abbandonati l'enorme maggioranza dei morti nei primi 3 anni di vita: essi sono cioè 44 su 49 morti totali (percent. dell'*89* %), il che vuol dire che solo cinque bambini morirono fra i nostri ricoverati nel secondo e terzo anno di vita. La mortalità dunque, che è già molto elevata nei bambini allevati dalla madre e ricoverati in Ospedale (23 e 31 % a seconda dell'età), si raddoppia quasi in quelli isolati dalla madre (44 e 61 %): per questi ultimi poi il primo anno è micidiale.

Da lungo tempo è nota la forte mortalità dei piccoli bambini ricoverati in ospedale in confronto colla mortalità infantile totale. Intervengono a questo riguardo parecchi fattori:

1° La *maggior proporzione di malattie gravi*, epperciò anche mortali, fra i bambini ricoverati in ospedale in confronto con la massa dei bambini curati in casa.

2° Le *condizioni di sviluppo e di nutrizione preesistenti* al ricovero, nei bambini ospedalizzati, appartenenti tutti alle classi più povere e che già superarono ripetuti e prolungati errori di alimentazione nell'allattamento e nello svezzamento.

3° Il *ritardo al ricovero*, molto spesso a malattia inoltrata e già aggravata o complicata, non di rado *in extremis*.

4° La *difficoltà degli ospedali di attuare una assistenza* oculata, paziente e affettuosa, quale solo può essere effettuata dalla madre a domicilio per il figlio ammalato.

A questi elementi comuni a tutti i bambini della prima infanzia e che si riassumono nella dibattuta questione dell'ospitalizzazione dei lattanti (1) si aggiungono, ad aggravare la prognosi nei casi da me esaminati, i *molteplici fattori legati allo stato precedente al ricovero di questi bambini*.

Abbiamo visto nelle pagine precedenti quale importanza essi abbiano (mortalità doppia in tali infermi!); cerchiamo ora di dire brevemente in che cosa consistano e se siano, almeno in parte, emendabili.

Alla prima questione è facile la risposta: è chiaro che *la mancanza della madre è la causa diretta di questa maggiore mortalità*, provocando l'allattamento artificiale sregolato, i disturbi di nutrizione conseguenti, il deperimento e la diminuzione delle resistenze organiche. Mi pare inutile soffermarmi più oltre su tale punto, tanto per ogni pediatra è ovvio come la salute del figlio sia assolutamente legata alla presenza della madre. Le conseguenze deleterie riguardano non solo gli orfani ma anche tutti quegli altri (madre malata, illegittimi riconosciuti, abbandonati, ecc.) a volte ancora in peggiori condizioni dei primi, tanto da essere non a torto chiamati: *orfani di vivi*. Essi sono in grande numero; per limitarmi a un recentissimo dato, ricordo come in uno studio sulla mortalità infantile in Francia e sul collocamento del lattante separato dalla madre, Bohn Nageotte (2) rileva che ogni anno circa 10 mila bambini francesi sono abbandonati nel primo anno di vita. Anche essa ha riscontrato in essi una mortalità molto maggiore e ne pone la causa nell'assenza dell'allattamento al seno, nell'ignoranza e nella non sorveglianza di chi alleva.

---

(1) G. B. Allaria, *Si debbono ospedalizzare i lattanti?*, « Pensiero Medico », anno 1914.

(2) Bohn Nageotte, *Mortalité infantile et placement du nourrisson séparé de sa mère*, Vigot, Parigi, 1929. (Si troverà qui una estesa bibliografia sull'argomento).

Essendo purtroppo il doloroso evento della mancanza della madre così comune e così gravi le sue conseguenze, possiamo noi in qualche modo attenuarne la portata? La Bohn Nageotte illustra e consiglia l'istituzione di Centri di allevamento familiare sorvegliato, che già hanno dato in qualche regione della Francia buoni risultati. Essi consistono, come è noto, in organizzazioni destinate a collocare in campagna, presso nutrici raggruppate in un ristretto raggio, i lattanti che non possono essere allevati dalle madri e ad esercitare su di essi una sorveglianza molto stretta per mezzo di medici e di visitatrici; un consultorio settimanale obbligatorio e una infermeria speciale completano l'opera. La spesa per la creazione e il funzionamento di tali centri è purtroppo molto forte e perciò la loro diffusione è limitata.

Il problema venne già affrontato dal prof. Allaria (1) trattando della questione generale dell'assistenza all'infanzia: le maggiori provvidenze da perseguire sono:

1° *Lo sviluppo delle opere preventive* (*consultorii, aiuti materni*, ecc.) cosicchè sia possibile il seguire l'accrescimento anche e specialmente dei bambini lattanti senza madri. In questi casi debbono essere intensificate quelle forme di aiuto (corredini-premii, medicinali, ecc.), eventualmente la visita gratuita domiliare, che già si sono dimostrate così efficaci per favorire ed estendere l'opera dei Consultorii.

2° L'*istruzione del pubblico*, così che non si aspetti a portare all'ospedale i bambini ammalati a malattia inoltrata, ma si ricorra all'opera del medico ai primi segni di malattia e anche nei casi non gravi.

3° Il *ricovero permanente dei bambini orfani di madre o figli di madre tubercolotica* (ricordo le numerose, efficaci Opere ormai sorte in Italia a questo scopo: Colonie Profilattiche di Torino, Casa del Sole di Torino, Opera Mangiagalli di Milano, Fondazione Maraini di Roma, Preventorio antitubercolare di Napoli, ecc.).

---

(1) G. B. Allaria, Relazione al IX Congresso Italiano Pediatria, Trieste, 1920; Relaz. dell'O. P. Aiuto Materno A. Lenti, Torino, 1922; *Centres d'Elevage surveillé des Nourrissons en Italie*, Bruxelles, 1923.

***

Oltre a queste di cui ho fatto cenno e a tutte quelle altre Opere di assistenza abituale al lattante con o senza ricovero (la trattazione delle quali esula dallo scopo di questa mia nota) è necessario sviluppare in modo razionale, specifico e perciò efficace, la *funzione pedocomiale di ricovero temporaneo dei lattanti:*

1. *Ricovero temporaneo di lattanti sani*

quando venga meno per breve tempo l'assistenza materna per malattia acuta grave della madre e l'ambiente domestico sia sfornito dei mezzi necessari per l'allevamento nel frattempo. Tali lattanti vanno ricoverati il tempo minimo necessario per essere poi restituiti alla madre non appena cessino le cause che ne determinarono il distacco ed il ricovero.

Questa funzione particolare del pedocomio colmerebbe una gravissima lacuna che noi pediatri lamentiamo, poichè oggidì il lattante privato improvvisamente dell'assistenza materna (per malattia acuta di questa) negli ambienti poveri diventa quasi sempre malato seriamente di malattie della nutrizione e viene poi portato all'ospedale in condizioni di salute molto compromessa.

2. *Ricovero di lattanti malati.*

Per questi sono necessarie delle infermerie attrezzate in modo speciale e servite da personale particolarmente istruito e adatto.

Molto resta a fare a questo riguardo, essendo ancora numerosi purtroppo gli ospedali per bambini, in cui i lattanti sono frammisti ai bambini della seconda infanzia e della puerizia. Il lattante ammalato va curato, sorvegliato, assistito in modo particolare, il che è possibile solo avendo riguardo ad alcuni elementi fondamentali :

a) l'ambiente.

La costruzione di reparti coi requisiti necessari di ingegneria sanitaria, la sistemazione di essi con tutti gli apparecchi indispensabili per il governo dei lattanti, la correzione dell'atmosfera per costanza di temperatura favorevole alla vitalità del

lattante non solo d'inverno, ma più specialmente nella mortifera stagione estiva, per ventilazione, umidità, ecc., sono i fattori indispensabili per ridurre al minimo l'elevatissima ed evitabile mortalità dei lattanti malati ricoverati nei pedocomi;

b) il personale assistente;

(suore e infermiere) che deve essere numeroso, scelto per intelligenza e bontà e specificamente istruito (nozioni di puericoltura!) nell'assistenza del lattante;

c) l'alimentazione;

che va curata in modo speciale e individualizzata con le regole esatte della puericoltura razionale.

Solo in queste infermerie sarà possibile dare ad ogni lattante ammalato quella quantità e quella qualità di alimento che la sua età, il grado di sviluppo, la costituzione e la malattia gli permettono; solo in queste infermerie sarà possibile un allattamento ben condotto per numero dei pasti, per qualità del latte, sterilizzazione, pappe di svezzamento, modo di somministrazione, ecc., per ovviare alla insorgenza delle malattie acute della nutrizione, ora purtroppo frequenti nei pedocomi, che aggravano la prognosi dei bambini ricoverati per altre malattie;

d) il ricovero della madre del lattante ammalato

in tutti i casi in cui è possibile.

Purtroppo numerose sono le contingenze che privano il bambino dell'amorevole governo materno fin dalla culla e le conseguenze, nelle classi povere, sono disastrose, come anche questa mia nota dimostra. Ma appunto gli esiti infelici dei lattanti privi di madre e ricoverati negli ospedali per malattia, mettono in rilievo quanto sia indispensabile l'assistenza materna non solo nella vita normale, ma tanto più quando il bambino si ammala.

Donde il *dovere dei pedocomi di ricoverare, col lattante malato, anche la madre di questi perchè ne continui l'assistenza e l'allattamento.*

Donde il *dovere degli Enti Pubblici di fornire ai pedocomi i mezzi finanziari necessari per attuare questa parte che è la più delicata della funzione ospitaliera infantile.*

È infatti soltanto col creare infermerie specificamente attrezzate e funzionanti per i lattanti malati e col ricovero delle madri di questi ogni volta che sia possibile, che gli ospedali per i bambini risponderanno finalmente al loro scopo più geloso di ridonare la salute agli assistiti nell'età in cui è massima la mortalità e di concorrere, nei limiti della loro funzione, alla difesa della popolazione avvenire.

Riassunto. — L'A. prende in esame i bambini allevati senza assistenza materna e minori dei tre anni di vita, ricoverati nella R. Clinica Pediatrica Universitaria di Torino dal 1° marzo 1926 al 31 dicembre 1929, che furono 112 (15 % di tutti i bambini ricoverati minori dei tre anni).

Essi vengono divisi in quattro categorie, a seconda che si tratti di bambini privi di assistenza materna per: 1) malattia della madre; 2) perchè orfani od abbandonati; 3) se provenienti da istituti; 4) illegittimi; categorie che vengono ciascuna dapprima separatamente analizzate in tutti i loro aspetti (condizioni materne ed ambientali, età del bambino, anamnesi, diagnosi, stato di nutrizione, esiti, ecc.) e quindi confrontate tra di loro.

Comparando infine tali dati con quelli degli altri bambini della stessa età, ricoverati in Clinica e fruenti già a domicilio dell'assistenza materna, appare come nei primi la mortalità sia doppia di quella già pur elevata dei secondi, raggiungendo la cifra del 43 % (nel primo anno di vita, del 61 %).

L'A. ricerca le cause di questa tristissima prognosi; espone i mezzi atti a combatterla, soffermandosi in ispecial modo sulle provvidenze necessarie per il ricovero dei lattanti malati, perchè la funzione ospitaliera infantile sia pari ai suoi doveri e alle sue più alte finalità.

TAV. I. - **Madre malata.**

N° progr.	Anno	N° registro	Nome e C.	Età	Condizione dei genitori	Allattamento
1	1926	31	Lucia F.	a. 3	M ricov. al Manicomio	Ma per 2 mesi
2	1927	37	Armanda F.	m. 7	P malarico M *tubercolotica*	Ma per 3 mesi
3	»	47	Antonia F.	m. 6	M *tubercolotica*	Ma per 1 m.
4	»	63	Marianna C.	m. 1	M *tubercol. Sanat.*	A
5	»	41	Marcella L.	a. 3	M ricov. Matern.	A. Enterite
6	»	112	Margherita B.	a. 3	M ricov. per erisipela	Ma per 12 m.
7	»	202	Raffaele R.	m. 9	M ricov. per polmon.	A. Enterite
8	»	226	Brunello B.	m. 16	M *tuberc. al Sanat.*	A. Enterite
9	»	245	Savino N.	g. 20	P luetico M ricov. Manicomio	A
10	»	248	Pietro D.	m. 2	P nefritico M ricov. per cardiop.	A
11	»	249	Anna D.	m. 16	P luetico M *tubercolotica*	A. Enterite
12	1928	87	Pierina S.	g. 21	P luetico M ricov. p. polmonite	A
13	»	88	Adriana S.	m. 1	M ricov. per periton.	Ma per 20 g.
14	»	99	Luigi S.	a. 2	M id.	Ma per 7 m.
15	»	155	Luigi B.	g. 10	P. tubercolotico M in puerperio	A
16	»	184	Franco M.	m. 8	M *tubercolotica*	Ma
17	»	187	Jolanda G.	a. 3	M ricov. Ospedale	?
18	»	259	Michele R.	a. 3	M ricov. Maternità	Ma
19	»	269	Mafalda V.	a. 1	idem	?
20	»	294	Italo S.	m. 9	P tubercolotico M *tubercolotica*	Ma per 3 m.
21	»	380	Giuseppe C.	a. 2	M ricov. per polmon.	A
22	1929	14	Giuseppe B.	m. 16	M *tubercolotica*	A
23	»	18	Caterina C.	a. 2	P tubercolotico M al Manicomio	Ma per 6 m.
24	»	41	Carlo C.	m. 2	P luetico M ricov. per difterite	Ma
25	»	74	Marcello R.	m. 6	M *tubercolotica*	A
26	»	81	Vittorio B.	m. 7	P disoccupato M ricov. per polmon.	Ma
27	»	82	G. Batt. F.	a. 2	M am. di artrite	Ma
28	»	106	Carlo F.	m. 17	P disoccupato M *tubercolot. al Sanat.*	A
29	»	164	Silverio P.	m. 15	M. ricov. per nefrite	Ma
30	»	179	Matilde P.	g. 40	M ricov. Manicomio	A
31	»	207	Maria C.	m. 8	M *tubercolotica*	A
32	»	220	Angiolina F.	m. 8	M ricov. per aborto	A
33	»	277	Pietro P. N.	m. 3	M *tubercolotica*	A
34	»	289	Clotilde S.	m. 2	M ricov. per otite	Ma per 15 g.
35	»	292	Bruno S.	m. 10	M ricov. Maternità	Ma 3 mesi
36	»	325	Candido R.	m. 15	M id.	Ma 3 mesi
37	»	341	Giorgina F.	m. 2	M luetica	Ma
38	»	367	Gius. At. P.	m. 6	M cardiopatica	A

Leggenda: M = Madre P = Padre Ma = materno A = artificiale G = guarigione

Allevamento	Diagnosi	Durata ricovero	Condizioni di nutrizione	Esito
parenti	Impetigo	13-IV — 24-IV	Peso: Kg. 13	G
in casa	Enterite	7-I — 31-I	scadenti	G
in casa	Tbc. mil.	26-I — 1-III	scadentiss.	†
in casa	Enterite	4-III — 1-V	discrete	G
vicini di casa	Bcpolm.	12-I — 15-II	buone	†
in casa	Bronchite	9-V — 31-V	buone	G
id.	Gastroenter.	14-IX — 15-IX	scadenti	R
id.	Bronchite	11-X — 24-X	scadenti	G
vicini di casa	Polmonite	30-X — 5-XI	scadenti	†
id.	Dispepsia	5-XI — 17-XII	Peso = gr. 4700	Mi
in casa	Enterite	5-XI — 13-XI	scadenti	Mi
in casa	Atrofia	21-III — 3-IV	Peso = gr. 1900	†
in casa	Enterite	21-III — 22-V	Peso = gr. 3740	Mi
in casa	Polmonite	28-III — 16-IV	discrete	G
Maternità	Enterite	19-V	scadentiss.	†
in casa	Mening. tbc.	5-VI — 30-VI	Peso gr. 7400	†
in casa	Otite	9-VI — 22-VII	Peso gr. 9500	G
in casa	Sano	8-VIII — 12-IX	discrete	S
in casa	Enterite	16-VIII — 23-IX	scadenti	†
in casa	Bcpolmon.	24-X — 27-X	scadenti	†
in casa	Polmonite	17-XII — 29-XII	scadenti	†
in casa	Bronchite	19-I — 19-II	discrete	G
in casa	Bronchite	23-I — 26-V	Peso gr. 9500	S
in casa	Sano	18-II — 4-IV	discrete	S
in casa	Polmonite	6-III — 7-III	scadenti	†
in casa	Sano	9-III — 24-III	buone	S
in casa	Bronchite	9-III — 14-III	discrete	G
parenti	Polmon.	1-IV — 15-V	Peso gr. 9000	G
in casa	Ascesso	12-VI — 18-VI	buone	†
in casa	Enterite	1-VII — 17-VII	scadenti	†
in casa	Enterite	22-VII — 24-VII	discrete	Mi
in casa	Enterite	30-VII — 5-VIII	scadenti	Mi
in casa	Enterite	20-IX — 9-X	atrofia (gr. 2200)	†
in casa	Enterite	3-X	scadentiss.	†
in casa	Rachitismo	2-XI — 9-XI	discrete	Mi
in casa	Bronchite	5-XI — 21-XI	scadenti	G
in casa	Lue cong.	20-XI — 23-XI	scadentiss.	†
in casa	Atrofia	22-XII — 28-XII	scadenti	†

S = statu quo   † = morti   Mi = miglioramento   R = ritirato.

TAV. II. - Abbandonati o orfani di madre.

Numero progressivo	Anno	Numero registro	Nome e C.	Età	Condizione dei genitori	Allattamento
1	1926	43	*Orlando L.*	m. 4	*Abband. a 13 giorni*	Mercenario
2	»	32	Eccelsa G.	m. 4	M morta di nefrite	Ma per 2 m.
3	1927	56	Carla C.	m. 10	M morta di parto	A
4	»	298	Bruno B.	a. 1½	M morta di tuberc.	Ma
5	1928	76	Giuseppe R.	g. 14	M morta di polm.	A
6	»	104	Salvatore P.	a. 1	P. amm. di reumat.	A
					M morta di tuberc.	
7	»	124	Carmela T.	a. 2	M morta di tuberc.	Ma
8	»	141	Natalino B.	a. 1	M morta per polm.	Ma
9	»	152	Luciano P.	m. 1	P luetico	A
					M morta per sepsi	
10	»	281	Ernesto G.	m. 9	M morta per periton.	Ma
11	»	384	Maria C.	g. 22	P luetico	A
					M morta per polm.	
12	1929	34	*Sergio A.*	m. 3	P *sconosciuto*	*Mercenario*
					M *sconosciuta*	
13	»	70	Anello C.	m. 8	P *sconosciuto*	A
					M morta di parto	
14	»	95	Luigia C.	a. 2	M morta per parto	A
15	»	96	Gianculo M.	a. 1½	P disoccupato	Ma
					M morta per cardiop.	
16	»	116	*Angela S.*	g. 8	P sconosciuto	A
17	»	158	Rosa S.	a. 2	*Abbandonata*	A
18	»	178	Anna C.	a. 3	idem	Mercenario
19	»	197	Remo C.	m. 6	M morta di parto	A
20	»	317	Bruno C.	m. 7	Abbandonato dalla m.	Ma per 1 m.
21	»	342	Silvio A.	a. 2	Abbandonato	?

Leggenda: M = Madre P = Padre Ma = materno A = artificiale

Allevamento	Diagnosi	Durata del ricovero	Condizioni di nutrizione	Esito
allevatrice	*Atrepsia*	29-IV — 9-V	scadentiss.	†
in casa	Diatesi essud.	31-XII — 15-III	discrete	G
in casa	Bcpolmon.	17-II — 18-II	scadenti	†
in casa	Bcpolmon.	19-XII — 17-I	scadenti	†
in casa	Enterite	14-III — 22-III	atrofia	†
allevatrice	Meningite tubercol.	31-III — 4-IV	scadentiss.	†
in casa	Gangrena pol.	14-IV — 1-VI	scadenti	†
in casa	Poliomiel.	4-V — 19-X	discrete	Mi
in casa	Enterite	14-V — 15-V	scadenti	†
nonni	Sano	31-VIII — 5-IX	buone	S
in casa	Lue cong.	27-XII — 25-I	discrete	Mi
allevatrice	*Enterite*	4-II	*scadentiss.*	†
parenti	Atrepsia	5-III — 16-III	scadenti	S
nonni	Scrofolosi	20-III — 26-V	discrete	G
parenti	Bronchite	20-III — 26-V	discrete	G
parenti	*Lue cong.*	31-III	*scadenti*	†
allevatrice	Bronchite	20-V — 3-VI	discrete	G
allevatrice	*Polmonite*	29-VI — 8-VII	*scadenti*	†
in casa	Enterite	13-VII — 15-VII	scadenti	†
parenti	Enterite	24-X — 6-XI	scadenti	G
vicini di casa	Bronchite	20-XI — 30-XI	discrete	G

G = guarigione S = statu quo † = morti Mi = miglioramento.

Tav. III. - **Provenienti da Istituti.**

Numero progressivo	Anno	Numero registro	Nome e C.	Età	Condizione dei genitori	Allattamento
1	1926	11	Giovanni R.	a. 3	P morto di tuberc. M tuberc. al Sanat.	?
2	1927	223	Alfredo G.	g. 18	M infermiera in Osp.	Ma
3	»	278	Giacomo R.	a. 2	M tubercol. al San.	A
4	»	286	Maria Luisa C.	a. 3	sconosciuti	?
5	1928	95	Anna M.	a. 2	M morta	Ma per 3 m.
6	»	132	Rosetta F.	a. 2	M tuberc. al Sanat.	A
7	»	154	Luisa M.	m. 2	?	A
8	»	175	Olga B.	a. 3	?	?
9	»	186	Delia C.	m. 2½	?	A
10	»	209	Jolanda M.	m. 3	?	?
11	»	266	Maria B.	m. 9	?	?
12	»	232	Arrigo C.	m. 10	P morto di tuberc. M morta di tuberc.	A
13	»	270	Giovanna B.	m. 3	P morto di tuberc. M tubercolotica	Ma per 2 m.
14	»	278	Giovanni A.	g. 8	Padre sconosciuto	A
15	»	370	Guido S.	a. 2	M tubercol. al Sanat.	A
16	»	371	Ernesto S. (fratello del 370)	a. 3	idem	A
17	»	378	Olga M.	a. 1½	M tuberc. al San.	Ma
18	1929	8	Gianfranco M.	m. 16	P tubercol. al San.	Ma
19	»	16	Nella G.	g. 10	M ricov. Maternità	Ma
20	»	51	Matilde A.	m. 18	P ricov. al Sanat.	Ma per 3 m.
21	»	209	Espedito C.	a. 2	?	?
22	»	245	Carmelo G.	g. 21	P sconosciuto M ricov. per sepsi	A
23	»	276	Teresa B.	m. 3	?	Ma per 1 m.
24	»	297	Bruno M.	a. 3	Madre morta di tuberc.	?
25	»	304	Carlo C.	a. 3	Padre morto Madre cardiopat.	Ma

Leggenda: M = Madre P = Padre Ma = materno A artificiale

NB. — Essendo superflua per l'intelligenza della Tavola e del Testo, l'esatta indicazione

Diagnosi	Durata del ricovero	Condizioni di nutrizione	Esito	Istituti di provenienza
Bronchite	11-III — 19-III	Peso: kg. 13	G	A
Enterite	9-X	scadentissime	†	B
Bronchite	2-XII — 14-I	discrete	G	B
Faringite	10-XII — 22-XII	buone	G	C
Stomatite	25-III — 10-V	discrete	G	B
Influenza	25-IV — 23-V	discrete	G	B
Enterite	16-V — 17-V	scadentiss.	†	D
Bronchite	28-V — 5-VII	Peso: gr. 9500	G	E
Atrepsia	6-VI — 8-VI	Peso: gr. 2200	†	D
Bronchite	28-VI — 4-VIII	discrete	G	B
Enterite	14-IX — 28-IX	Peso: gr. 3700	†	B
Enterite	26-VII — 8-VIII	Peso: gr. 7600	G	D
Enterite	17-VIII — 22-VIII	buone	G	B
Bcpolmon.	28-VIII — 30-VIII	Peso: gr. 2680	†	F
Bcpolmon.	6-XII — 26-II	discrete	G	B
Bronchite	6-XII — 26-XII	discrete	G	B
Bronchite	13-XII — 21-I	discrete	G	B
Angina	16-I — 21-I	discrete	G	B
Enterite	20-I — 24-I	scadenti	†	G
Bronchite	26-II — 9-III	discrete	G	B
Polmonite	23-VII — 10-VIII	discrete	G	H
Enterite	20-VIII — 31-VIII	scadenti	†	I
Enterite	21-IX — 25-IX	scadenti	†	I
Enterite	7-X — 23-X	discrete	G	B
Enterite	16-X — 19-X	discrete	G	L

G = guarigione S = statu quo † = morte Mi = miglioramento

degli Istituti di provenienza, mi limito a distinguerli con lettera dell'alfabeto.

Tav. IV. - Illegittimi.

N° progr.	Anno	N° registro	Nome e C.	Età	Condizione della madre	Allattamento
1	1927	50	Giovanni D. P.	m. 14	operaia	Ma
2	»	57	Raffaele B.	g. 17	amm. di bronchite	Mercenario
3	»	121	Dario M.	m. 6	amm. di artrite	A
4	1928	14	Bruno V.	g. 20	impiegata	Ma per 15 g.
5	»	230	Stella A.	m. 5	luetica	Ma per 40 g.
6	»	238	Anna P.	m. 10	impiegata	Ma per 15 g.
7	»	251	Armando R.	a. 3	operaia	Ma per 2 m.
8	»	312	Renato V.	g. 45	cameriera	A mercen.
9	»	323	Valeria C.	m. 4	sarta	A
10	»	325	Vincenzo P.	m. 6	operaia	Ma per 10 g.
11	»	336	Pier G. F.	g. 15	sarta	A mercen.
12	»	339	Bruno L.	g. 19	operaia	A
13	»	377	Romeo R.	m. 5	operaia	Ma per 3 m.
14	»	381	Romano S.	m. 8	operaia disoccup.	Ma
15	1929	75	Giuseppe M.	m. 4	sarta	Ma
16	»	100	Mario D. M.	m. 10	cameriera	Ma per 1 m.
17	»	36	Luciana F.	g. 40	casalinga	Ma
18	»	128	Alberto M.	m. 2	casalinga	Ma
19	»	172	Luciano C.	m. 3	cameriera	A
20	»	212	Luigi D. H.	g. 21	venditr. ambul.	Ma
21	»	211	Luigi P.	m. 10	tessitrice	Ma per 3 m.
22	»	216	Dino P.	a. 2	operaia	A
23	»	219	Luigina B.	g. 16	operaia	A merc.
24	»	225	Gina P.	m. 14	vend. ambul.	A merc.
25	»	262	Giovanni M.	m. 5	pellicciaia	A
26	»	272	Angelo G.	m. 2	stiratrice	A mercen.
27	»	316	Benito P.	a. 1	operaia	A
28	»	354	Dante C.	m. 11	operaia	Ma per 2 m.

Leggenda: M = Madre Ma = materno A = artificiale G = guarigione

Il padre di tutti questi bambini era sconosciuto.

Allevamento	Diagnosi	Durata del ricovero	Condizioni di nutrizione	Esito
madre	Tbc. miliare	31-I — 12-III	Peso: gr. 5250	†
allevatrice	Bcpolmon.	22-II — 23-II	scadentissime	†
allevatrice	Bronchite	23-V — 12-VI	buone	G
allevatrice	Bcpolmon.	22-I — 24-I	scadentiss.	†
madre	Lue cong.	25-VII — 30-VII	scadenti	S
allevatrice	Enterite	1-VIII — 26-VIII	scadenti	†
nonna	Bronchite	6-VIII — 13-X	discrete	G
allevatrice	Enterite	1-X — 5-X	discrete	G
madre	Enterite	12-X — 26-X	discrete	G
madre	Enterite	14-X — 19-X	gr. 3700	†
allevatrice	Enterite	28-X — 1-XI	gr. 2200	†
madre	Enterite	1-XI — 3-XI	scadentiss.	†
madre	Bcpolmon.	11-XII — 15-XII	scadenti	†
madre	Polmonite	17-XII — 23-XII	scadenti	†
madre	Bcpolmon.	6-III — 17-IV	scadenti	G
madre	Enterite	26-III — 4-IV	discrete	G
madre	Erisipela	10-II — 3-III	discrete	†
madre	Erisipela	15-IV — 16-IV	buone	G
allevatrice	Enterite	21-VI — 1-VII	scadenti	Mi
madre	Enterite	25-VII — 19-VIII	scadentiss.	†
allevatrice	Enterite	25-VII — 7-VIII	discrete	G
madre	Enterite	27-VII — 19-VIII	discrete	G
allevatrice	Enterite	30-VII	scadentiss.	†
allevatrice	Enterite	2-VIII — 4-VIII	scadentiss.	†
madre	Enterite	8-IX — 13-IX	scadenti	†
allevatrice	Enterite	14-IX — 27-X	scadenti	Mi
madre	Enterite	23-X — 10-XI	discrete	G
madre	Bronchite	9-XII — 27-XII	discrete	Mi

S = Statu quo † = morti Mi = miglioramento.

Tip. Vincenzo Bona - Torino. (99522).